

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

N° 330

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michèle, Claude MOINARD

Née le 5 Novembre 1927, à PARIS

présentée et soutenue publiquement le

**A PROPOS DU PROLAPSUS
RECTAL CHEZ L'ENFANT**

Président : Monsieur JULIEN-MARIE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI*

1960

Année 1960

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Michèle, Claude MOINARD

Née le 5 novembre 1927 à Paris

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-

A PROPOS DU PROLAPSUS RECTAL CHEZ L'ENFANT

--:-

Président : Monsieur JULIEN-MARIE (Professeur)

--:-



D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1960.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553815_0003

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCC (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR : Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie CORDIER (G)
 Anatomie (Ch. à titre personnel) DEIMAS (A)
 Anatomie pathologique DELARUE (J)
 Anesthésiologie BAUMANN (J)
 Bactériologie FASQUELLE (R)
 Biochimie médicale JAYLE (M.F)
 Biologie appliquée à l'Education
 physique et aux Sports CHAILLEY-BERT (P)
 Biologie médicale FAUVERT (R)
 Cancérologie médicale et sociale BERNARD (J)
 Clinique carcinologique REDON (H)
 Clinique cardiologique MOUQUIN (M)
 (Beaujon SICARD (A)
 (Cochin QUENU (J)
 Cliniques chirur- (Hôtel-Dieu
 gicales (Saint-Antoine GOSSET (J)
 (Salpêtrière MOULONGUET (P)
 Clinique de chirurgie infantile
 et orthopédique FEVRE (M)
 Clinique chirurgicale orthopé-
 dique et réparatrice MERLE d'AUBIGNE (R)
 Clinique de chirurgie cardio-
 vasculaire de GAUDART d'ALLAINES
 Clinique de chirurgie pleuro-
 pulmonaire MATHEY (J)
 Clinique endocrinologique DECOURT (J)
 Clinique génétique médicale LAMY (M)
 Clinique gynécologique FUNCK-BRENTANO (P)
 Clinique des maladies cutanées
 et syphilitiques DEGOS (R)
 Clinique des maladies des enfants CATHALA (J)

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais..... GENNES (L. de)
	(Cochin..... JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu..... BARIETY (M)
	(Lariboisière..... SOULIE (P)
	(Pitié..... DREYFUS (G)
	(St-Antoine..... KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque..... LACOMME (M)
Cliniques obstétricales	(Port-Royal..... N...
	(Tarnier..... VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique therap.chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique therap.médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (ch. à t. pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)

Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie.....	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale.....	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immuno- logie expérimentale ch. à t.pers.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	N...
Pathologie et therap.générales.....	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	BARGETON (D)
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	PATEL (J)
Thérapeutique.....	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

	(CABROL (C)
Anatomie.....	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P) pr. s.ch.
	(BUSSER (F)
Anatomie pathologique.....	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie.....	VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr.s.ch.
	(BARBIER (P)
Bactériologie.....	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale.....	(POLONOVSKI (J)m.conf.
	(SCHAPIRA (G)m. conf.
Biologie médicale.....	BOURLIERE (F) m.conf.
	(DENOIX (P)
Carcinologie.....	(MATHE (G)
Dermato-Syphiligraphie.....	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie.....	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie.....	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
	(BILSKI-PASQUIER (G)
Hématologie.....	(DAUSSET (J)
	(COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie.....	(MAROIS (M)
	(RACADOT (J)

MM.

Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch.
	(CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R)
	(DUPONT (V)
	(DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale	(HADENGUE (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
Ophthalmologie	(BREGEAT (P)
	(SARAUX (H)
	(JUDET (R)
Orthopédie	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
	(BRUMPT (LC) pr.s.ch.
Parasitologie	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P.)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch)
	(DUBOST (Cl)
	(FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G) agr.pers.
	(LORTAT-JACOB (J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEP ER (J)
	(MAURICE (J)

	MM.
Pathologie expérimentale.....	(PLAS (F))
	(RICHET (G))
	(AUSSANNAIRE (M))
	(BOUR (H))
	(BOUVIER (J))
	(BOUVRAIN (Y))
	(BRICAIRE (H))
	(BRISSAUD (H))
	(BROCARD (H))
	(BUGE (A))
	(CASTAIGNE (P)m.conf.)
Pathologie médicale.....	(CATINAT (J))
	(CONTAMIN (F))
	(COURY (C))
	(FREZAL (J))
	(HOUSSET (E))
	(LAROCHÉ (Cl))
	(LESOBRE (R))
	(MACREZ (C))
	(NICK (J))
	(PEQUIGNOT (H)m.conf.)
	(ROYER (P))
	(WOLFROMM (R))
	(JOSEPH (R))
	(MANDE (R))
Pédiatrie-Puériculture.....	(MOZZICONACCI (P))
	(POLONOVSKI (C))
	(ROSSIER (A))
	(LEVY (Mlle J)pr.s.ch.)
Pharmacologie.....	(BOISSIER (J))
	(LECHAT (P))
	(PARROT (J) pr.s.ch.)
Physiologie.....	(DEJOURS (P))
	(GOUGEROT (L) m.conf.)
Physique médicale.....	(KELLERSHON)
Pneumo-phtisiologie.....	(KREIS (B))
Psychiatrie.....	(PICHOT (P))
Psychiatrie infantile.....	(DUCHE (D))
Rhumatologie.....	(DELBARRE (F))
	(CERNEA (P))
Stomatologie.....	(CHAPUT (Mme A)m.c.agr.)
	(GRELLET (M))
	(CHASSAGNE (P))
Thérapeutique.....	(LAMOTTE (M))
Urologie.....	(QUENU (L))

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.....	SEZE (S. de)
	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
	(LEGER (L)	Clinique obsté-	(LEPAGE (F)
	(OLIVIER (C)	tricale.....	(MAYER (M)
Clinique médicale	(PADOVANI (P)		(MERGER (R)
	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
	(ROUX (M)	Clinique oph-	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M.)	talmologique	(OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	(pr.s.ch.	rhino-laryng.....	MADURO (R)
	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
	(CONTE (M)	trique et pué-	
	(DOMART (A)	riculture.....	LAPLANE (R)
	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
	(PERRAULT (M)	chiatrique.....	BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique.....	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.....	MM. HAUDUROY (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale.....	ETTORI (J)pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale.....	RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté.....	M. LENA (J)
Secrétaires.....	Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G) Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque.....	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

A mes Beaux-Parents,

A mon Mari, le Docteur Jacques MOINARD,

A mes Enfants,

A ma Soeur Françoise,

A ma Famille,

A tous mes Amis.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur JULIEN MARIE

Professeur de Pédiatrie sociale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Maurice DELORT,

Ancien Chef de Service de
Gastro-Entérologie
à l'Hôpital Saint-Michel.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris.

A Messieurs les membres de
mon Jury de Thèse.

A PROPOS DU PROLAPSUS RECTAL CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

-:-

Le prolapsus rectal représente, en pédiatrie, une entité anatomoclinique totalement différente de ce que l'on désigne par le même terme chez l'adulte. En effet, le prolapsus rectal de l'adulte intéresse toutes les tuniques intestinales, et ne présente aucune tendance à la régression spontanée.

Chez l'enfant, au contraire, il s'agit le plus souvent d'une procidence qui, n'intéressant que la seule muqueuse rectale, évolue, après un temps plus ou moins long, vers l'amélioration et la guérison.

Cependant, pendant sa présence, cette procidence représente chez l'enfant ce que BENSAUDE a appelé "une infirmité gênante". Car si au début, le prolapsus ne se fait qu'à l'effort, à la défécation, bientôt il fera vraiment partie de cet acte physiologique et en s'aggravant, risque d'entraîner des complications locales. Le prolapsus peut devenir permanent, irréductible, être le siège de phénomènes de rectite, d'hémorragies ; l'état général de l'enfant risque d'en être affecté.

Une notion nouvelle semble-t-il est celle qui remplace le prolapsus rectal dans un contexte anatomoclinique plus général ou éloigné du siège de la lésion, en somme, qui lui

fait perdre en même temps son caractère d'affection isolée, locale, et aussi sa bénignité.

Si la grande majorité des cas de prolapsus rectal chez l'enfant restent des lésions isolées et bénignes, spontanément curables, ou réductibles par le traitement médical et conservateur, il ne faut pas omettre, dans une étude d'ensemble de la question, ces formes associées soit à une lésion locale sinon grave, ou moins importante, adénome, polype, soit à une affection à distance, telle la maladie fibrokystique pancréatique.

Ainsi, d'emblée aurons-nous à distinguer les prolapsus rectaux isolés, ou associés à d'autres lésions, locales ou à distance.

Mais la forme même sous laquelle se présentent les prolapsus permet de distinguer trois degrés de gravité, qui peuvent d'ailleurs fort bien se succéder dans une même évolution :

- formes intermittentes,
- formes habituelles,
- formes irréductibles enfin.

Dès la constatation du prolapsus, il faut donc intervenir, d'abord parce que prise à son début la lésion sera plus facilement réversible, ensuite parce qu'on évitera de lui voir franchir les différentes étapes qui aboutissent à la forme permanente et à ses complications inflammatoires, voire infectieuses.

La question du prolapsus rectal chez l'enfant semble actuellement à l'ordre du jour, et si peu de travaux, peu d'observations anciennes s'en occupent, les publications de ces dernières années leur consacrent quelque dé-

veloppement.

L'année 1953, à elle seule, a été marquée par plusieurs articles sur la question :

Ph. DETRIE a fait du traitement du prolapsus rectal chez le nourrisson et le jeune enfant une mise au point ;

SCHWARTZ a décrit le cas d'une association de prolapsus rectal et de polype solitaire chez l'enfant ;

ce même auteur, toujours en 1953, a montré la possibilité d'un adénome rectal solitaire associé chez l'enfant au prolapsus, ou plus exactement, le provoquant : il faut donc rechercher une cause anatomopathologique, parfois tumorale, à la procidence de la muqueuse rectale ;

toujours en 1953, POULETTY et POULETTY ont fait un exposé du traitement du prolapsus rectal, la chirurgie ne venant qu'en dernier ressort, après échec de la vitaminothérapie B et éventuellement des injections sclérosantes ;

enfin G. LARDY a vu s'associer chez une petite fille de quatre ans un prolapsus rectal et une polypose rectocolique.

G. BERNARD, en 1954, a consacré sa thèse au traitement du prolapsus rectal de l'enfant par la vitaminothérapie B₁ chaque fois que la notion de carence peut être établie, ce qui semble fréquemment le cas, nous y reviendrons.

BENSAUDE, JOUAN et G. BERNARD ont étudié, en 1955, l'étude du prolapsus rectal chez l'enfant, et ont, eux aussi, fait le procès de la chirurgie, le cerclage selon la technique de THIERSCH n'étant qu'un palliatif aux résultats souvent fragiles.

On est cependant obligé de faire appel au

traitement chirurgical lorsque les mesures conservatrices ont échoué ; mais elles doivent toujours être essayées en premier.

KULCZYCKI et SHWACHMAN, en 1958, étudiant la fibrose kystique du pancréas montrent qu'elle peut s'accompagner de prolapsus rectal ; dans ce cas il ne faut pas considérer celui-ci comme isolé et primitif.

Citons enfin la publication récente de AMORIM et De CAMARGO sur la question du prolapsus rectal de l'enfant.

Nous avons nous-même eu l'occasion de constater chez un petit garçon de deux ans et demi l'existence d'un petit prolapsus rectal apparaissant à chaque défécation ; la saillie de la muqueuse hors de l'anus était d'environ deux à trois centimètres. Nous avons entrepris un traitement fonctionnel, lutte contre la constipation, par de légers purgatifs, par des lavements à l'huile de paraffine, sans obtenir d'amélioration nette au bout de cinq mois. Nous en sommes là, et nous pensons que le moment est venu d'intervenir plus énergiquement, sans doute par des injections sclérosantes.

Cette observation est incomplète, et ne mérite tout au plus que d'être citée. Mais elle a au moins eu le mérite d'attirer notre attention sur ce problème, et de susciter en nous le désir de lui consacrer notre thèse.

Celle-ci comprendra deux parties : l'une traitera des conditions d'apparition du prolapsus, l'autre des moyens de le guérir.

PREMIERE PARTIE

--

CONDITIONS D'APPARITION DU PROLAPSUS RECTAL CHEZ L'ENFANT

--

Tous les pédiatres ont été frappés par le fait que le prolapsus rectal est rare chez l'enfant en clientèle, alors qu'il est d'observation banale en consultation hospitalière, encore que là encore une distinction doive être faite : plus le milieu social est bas, c'est-à-dire plus l'enfant souffre de mauvaises conditions de vie et d'hygiène, et plus les cas de prolapsus rectal sont nombreux.

Il est curieux de constater que les facteurs étiopathogéniques, anatomiques, mécaniques, sur lesquels nous reviendrons plus loin, sont à l'origine de tous les prolapsus rectaux de l'enfant ; pourtant, dans les classes aisées, ces mêmes facteurs ne produisent pas le prolapsus avec la même fréquence que dans la clientèle hospitalière.

Ce facteur social devait être expliqué. C'est ce qu'a fait récemment BENS AUDE, en mettant en évidence le rôle du terrain, et dans ce terrain, la fréquence des carences : la déficience de l'état général explique aisément l'hypotonie de la paroi rectale.

Carence globale, par misère physiologique, carence peut-être limitée aussi à certains

facteurs, différents auteurs se sont penchés sur la question, BENSAUDE, WICKLANDER, DRACHTER, TORDOIR. Voyons les conclusions de ces différents auteurs.

BENSAUDE a pratiqué une enquête médico-sociale en partant des cas de prolapsus rectal constatés chez l'enfant en consultation hospitalière. Il s'agit de 40 cas de prolapsus, dont :

- 26 appartenant à des milieux extrêmement deshérités, économiquement parlant ;
- 26 enfants atteints de prolapsus vivaient dans une mauvaise hygiène corporelle ;
- 33 enfants appartenant à des familles occupant des logements nettement insalubres.

BROCA avait, le premier sans doute, signalé la fréquence du prolapsus rectal chez les enfants rachitiques. Ce qui fut confirmé ultérieurement, pendant la première guerre mondiale, par DRACHTER et GOSSMAN en Europe Centrale : les cas de prolapsus rectal se multiplièrent chez les enfants, au fur et à mesure que les privations et la misère aggravaient leur état général.

Malheureusement, les mêmes conditions de vie se reproduisirent pendant la dernière guerre, entraînant la même recrudescence des prolapsus rectaux. Entre 1942 et 1944 dans la seule ville de Nimègue, TORDOIR en réunissait 42 cas alors qu'entre 1939 et 1941, il n'en avait observé, dans la même ville, que 6 cas. On sait quelles terribles privations durent endurer les populations hollandaises.

B. KYRLE et TOMASINI, établissant des statistiques comparatives, concluent que la fré-

quence des prolapsus rectaux de l'enfant double pendant les guerres. WICKLANDER, sur ses 48 observations personnelles, constate dans 50 p.cent des cas un milieu familial très pauvre et dans 31 de ses 48 observations, il trouve une hypotrophie nette du petit malade.

Il faut donc faire intervenir à la fois sans doute une carence globale de l'alimentation, mais aussi une mauvaise hygiène générale.

Par voie de conséquence, les porteurs de prolapsus rectaux sont en très mauvais état sanitaire. BENSAUDE et ses collaborateurs, sur leurs 40 observations hospitalières, constatent en outre :

- des troubles digestifs importants dans 70 p.cent des cas, causes ou conséquences du prolapsus, ou peut-être de même origine que lui ;
- dans 60 p.cent des cas, il existait en outre d'autres manifestations pathologiques :
 - huit fois une imprégnation baillaire massive;
 - quatre fois une bronchite chronique;
 - sept fois une otorrhée chronique;
 - cinq fois un rachitisme important.

Dans les antécédents de ces petits malades, on trouve en outre un passé chargé dans un tiers des cas, avec sept rougeoles ou coqueluches récentes, deux poliomyélites, deux méningites cérébro-spinales, une fièvre typhoïde, ce qui est anormalement élevé pour le jeune âge.

Les pédiatres américains ont attiré l'attention sur la fréquence des parasitoses

intestinales graves, helminthiase en particulier, sur les lésions inflammatoires associées, sur les troubles mécaniques, constipation, diarrhée, sans préciser si, selon eux, ces troubles fonctionnels et ces lésions organiques étaient primitifs ou secondaires au prolapsus : en d'autres termes, s'ils en étaient la cause, ou l'effet.

Des observations récentes ont fait état de la présence de formations polypeuses, uniques ou multiples, d'adénomes.

Robert SCHWARTZ a apporté quatre observations de polype solitaire de la partie basse du rectum chez des enfants de deux à quatre ans. L'évolution s'est faite vers le prolapsus permanent après des phases évolutives superposables pour ces quatre cas. L'évolution semble en effet fonction de la situation basse du polype, qui entraîne la muqueuse rectale par le jeu même de la mécanique intestinale. Très souvent alors, le prolapsus se présente comme primitif, et son traitement n'apporte pas la guérison, puisque sa cause demeure.

Il faut donc rechercher et identifier le polype isolé du bas rectum et procéder à son exérèse précoce, qui évitera non seulement la complication mécanique qu'est le prolapsus, mais aussi les autres accidents à son niveau : hémorragie brutale, dramatique par rupture inopinée de la base du polype ; étranglement douloureux de ce polype, et parfois même du prolapsus rectal lui-même. D'autres complications sont possibles à ce niveau : la suppuration, la nécrose, peut-être, pour certains auteurs, la dégénérescence maligne et du polype, et du prolapsus : éventualité qui a d'ailleurs été mise en doute par certains.

Une autre complication de ces polypes et prolapsus rectaux associés est d'ordre psychologique, car une localisation anorectale risque de les traumatiser de façon permanente, aussi bien somatiquement que psychologiquement, sensation d'être différent des autres, porteur d'une tare inavouable, etc...

Le polype solitaire, unique ou multiple, ne semble pas connaître la dégénérescence maligne, à l'inverse de la polyposose rectocolique diffuse, de pronostic franchement néoplasique (JAUSION).

C'est précisément une polyposose rectocolique qui chez une petite fille de quatre ans, avait entraîné un prolapsus rectal se présentant comme primitif, dans l'observation rapportée par G.LARDY. Cet auteur reçoit en effet cette fillette, amenée pour "prolapsus rectal". L'examen révèle qu'en réalité il existe un polype, dont l'exérèse est pratiquée à l'anse diathermique. L'intervention, pourtant, ne modifie pas la symptomatologie qui s'aggrave de l'extériorisation à l'anus d'une tumeur circulaire, et de l'émission de sang. On fait alors un examen rectoscopique, qui révèle l'existence de deux autres polypes plus haut situés. LARDY en pratique l'exérèse, et le Professeur HUGUENIN en donne la description anatomopathologique :

"polype sans signes d'évolution tumorale maligne, ni villeuse". Les examens complémentaires faits à l'Institut Gustave Roussy ne révèlent rien d'anormal. Cependant l'enfant reste à surveiller par rectoscopies renouvelées.

Le prolapsus rectal de l'enfant peut également être secondaire à un adénome rectal solitaire qui lui aussi peut donner lieu à des hémorragies, ruptures spontanées de la base d'implantation de la tumeur, suppuration

après qu'ait été atteint le stade de la procidence permanente. Pour SCHWARTZ, l'adénome solitaire devient rapidement procident, entraînant la muqueuse rectale par un processus purement mécanique. Le prolapsus et la procidence de l'adénome sont généralement réalisés au cours de la quatrième année de la vie. Aussi l'auteur insiste-t-il d'une part sur la nécessité du diagnostic précoce de l'adénome, d'autre part de l'obligation où l'on est d'en effectuer rapidement l'exérèse chirurgicale, complétée d'un cerclage provisoire de l'anus. Pour que le caractère solitaire de l'adénome puisse être établi, il faut évidemment procéder à un examen rectoscopique minutieux, la biopsie ne donnant que des renseignements insuffisants. Les critères histologiques du polyadénome solitaire ne diffèrent en effet pas de ceux de la polypose rectocolique diffuse, alors que les deux affections s'opposent par tant de points, surtout anatomocliniques et thérapeutiques.

D'acquisition semble-t-il récente, le prolapsus rectal chez un enfant atteint de maladie fibrokystique du pancréas pose des problèmes diagnostiques et sans doute thérapeutiques particuliers.

Cette association morbide, ou, plus exactement, cette complication rectale de la fibrose pancréatique, mérite donc toute notre attention.

KULCZCKI et collaborateurs viennent de publier une très importante étude sur la question. Ces auteurs ont en effet pu réunir 386 observations de maladie fibrokystique du pancréas, et ils ont recherché systématiquement la présence chez ces sujets de prolapsus rectal : ils l'ont trouvé 85 fois, soit une proportion de 22,6 p.cent.

Il ne semble pas y avoir de prédominance d'un sexe sur l'autre. Le prolapsus initial se produit généralement entre un et deux ans. Mais soulignons que dans 67 cas, soit une fréquence de 17,3 p.cent des cas, le prolapsus s'est produit avant que le diagnostic de fibrose kystique du pancréas ait été porté.

Le prolapsus n'était généralement pas permanent ; chez huit malades, il n'avait été signalé qu'une seule fois, chez 46 malades, à de nombreuses occasions "plus de 10 fois". La durée de ces procidences intermittentes a été d'ailleurs variable, plus d'un an, parfois depuis cinq ans, avec des phases de rémission. Dans 54 p.cent des cas, le prolapsus datait de moins d'un an.

Dans la grande majorité des cas, le prolapsus rectal était partiel, et ne consistait qu'en procidence isolée de la muqueuse. Le remplacement manuel de la muqueuse a alors pu être effectué rapidement et sans difficulté.

Chez seize enfants, le prolapsus était le symptôme principal ou unique qui avait amené les parents à consulter pour eux. Dans deux autres cas, l'enfant avait été vu pour des troubles généraux de la nutrition ou du métabolisme, et c'est à l'examen général et à l'interrogatoire que le prolapsus rectal a été diagnostiqué presque fortuitement par conséquent.

Chez quatorze malades, le prolapsus rectal a été considéré d'abord comme une lésion toute locale jusqu'à ce que les manifestations plus intenses de la maladie fibrokystique du pancréas se soient enfin imposées.

Ces faits incitent à procéder plus soigneu-

sement à des examens et enquêtes en présence de tout prolapsus rectal de l'enfant. Nous disposons en effet de dosages et d'épreuves de laboratoire tels que ceux qui précisent les taux de trypsine dans les selles ; les clichés thoraciques. Il faut souligner la longue période qui peut s'écouler entre la constatation d'un prolapsus rectal et le diagnostic de maladie fibrokystique du pancréas. Chez sept malades de KULCZYCKI, le diagnostic de pancréas fibrokystique a été porté de trois à dix ans après la première apparition du prolapsus rectal ; dans quatre cas, il s'est écoulé un intervalle de un à trois ans, et dans cinq cas, la phase intercalaire était inférieure à six mois. Ce n'est que dans quatre cas cependant que l'enfant vu pour prolapsus rectal "isolé" était en bon état nutritionnel lors du diagnostic de fibrose. Chez deux malades, on a trouvé lors de ce diagnostic des lésions pulmonaires sévères. Dans un autre cas, l'appareil respiratoire paraissait indemne. Chez les 13 autres enfants, il existait des modifications pulmonaires d'intensité variable. Le traitement diététique, riche en protides, pauvre en lipides, un traitement substitutif de la fonction pancréatique déficiente, le traitement antibiotique dirigé contre l'infection pulmonaire, ont généralement suffi à corriger la plupart des facteurs responsables du prolapsus rectal. Cette série prouve que plus le diagnostic de maladie fibrokystique du pancréas est porté tôt, moins on a de chances de voir survenir le prolapsus rectal secondaire.

Il semble bien que pour que se produise le prolapsus rectal, le terrain étant favorisant, par une atteinte de l'état général, une carence globale ou partielle, une déficience par les affections antécédentes, l'insuffisance fonctionnelle du pancréas, il faut qu'interviennent des facteurs, anatomiques et mécaniques, s'exerçant sur une muqueuse rectale déficitaire pour des causes générales ou à distance.

Facteur anatomique : il existe des dispositions topographiques qui, sans relever de la tératologie, n'en sont pas moins anormales et susceptibles de favoriser le prolapsus. Mais les dispositions anatomiques normales dans l'enfance sont les grandes responsables du prolapsus, et expliquent la survenue de celui-ci dans le jeune âge. L'intestin terminal affecte chez l'enfant un trajet rectiligne qui n'existe pas chez l'adulte ; de même chez l'enfant il n'y a pas de concavité sacrée, et les valvules de Houston sont peu développées. Ce qui explique que lors de la défécation, la poussée abdominale se fasse directement dans l'axe du rectum et de l'anus.

Facteur mécanique : l'effort représente la cause déclenchante du prolapsus. Mais d'autres éléments le favorisent :

les efforts de défécation par suite de troubles de l'exonération intestinale, qu'il s'agisse de constipation, ou de diarrhée. Lorsque l'enfant est constipé, il reste longtemps dans une position qui favorise l'évagination de la muqueuse.

Si les maladies infectieuses prédisposent au prolapsus en détériorant l'état général, en affaiblissant la musculature par suite de la fonte des graisses, l'une d'entre elles,

la coqueluche, agit plus directement, plus mécaniquement, par la toux violente et prolongée des semaines, qu'elle provoque.

De fait, la coqueluche est souvent retrouvée dans les antécédents récents des porteurs de prolapsus rectal.

Cependant tous ces facteurs, anatomiques et mécaniques, jouent chez tous les enfants ; et quelques-uns d'entre eux seulement vont présenter un prolapsus rectal. Nous retournons alors à un aspect traité plus haut des conditions d'apparition de la procidence de la muqueuse rectale à travers l'anus, et qui consiste à faire intervenir un terrain déficient, hypotrophie, misère physiologique même, mauvaises conditions de vie et d'hygiène, a fortiori d'alimentation.

Ces faits sont d'autant plus importants à connaître, qu'ils impriment une orientation particulière au traitement du prolapsus rectal de l'enfant.

DEUXIEME PARTIE

-:-

TRAITEMENT.

-:-

Il existe en premier lieu une série de mesures d'hygiène qui sont en somme dirigées vers la correction de l'état déficient dans lequel se trouve généralement l'enfant porteur de prolapsus rectal.

La constipation, la diarrhée, les lésions locales polypeuses, les lacérations, les parasitoses intestinales, doivent évidemment être traitées, le régime alimentaire de l'enfant sera corrigé, ce qui entraînera une amélioration de l'état nutritionnel et une reprise pondérale. On cherchera surtout à donner à l'enfant une alimentation très nourissante sous un petit volume, ce qui risque de ne pas être réalisable dans certains milieux deshérités. Le régime ne doit en effet donner lieu qu'à un faible résidu ; l'évacuation quotidienne de l'intestin est absolument essentielle à obtenir. On évitera également la position assise prolongée, en particulier à la garde-robe. On peut maintenir l'enfant étendu pendant l'évacuation intestinale.

Trois ordres de thérapeutiques sont à utiliser, dans un certain ordre ; car on peut espérer obtenir des résultats médicalement, ou par les injections sclérosantes en cas d'échec du traitement conservateur , enfin, mais vraiment seulement en dernier recours, le traitement chirurgical qui n'est d'ailleurs que conservateur.

Traitement médical. En dehors des mesures d'hygiène et de diététique dont nous avons parlé plus haut, certains auteurs, partant de la constatation que le prolapsus rectal frappe surtout l'enfant appartenant à des milieux deshérités, hypotrophique, dénutri, carencé, ont essayé, avec succès d'ailleurs, la vitaminothérapie, ou plus spécialement la vitamine B₁. A fortes doses en effet, le facteur vitaminique B₁ est susceptible d'agir sur le tissu musculaire, et nous avons vu que dans le prolapsus rectal de l'enfant, il existait une déficience musculaire globale et une hypotonicité particulière des parois intestinales (VIEIRA et ANDRADE).

Les résultats encourageants obtenus par les promoteurs de la méthode ont incité d'autres cliniciens à reprendre ce type de vitaminothérapie. En France, A. BENS AUDE, JOUAN et G. BERNARD ont traité un groupe de 48 enfants à la Consultation de Chirurgie de l'Hôpital Trousseau, dans le service de P. CHIGOT. Entre 1950 et 1955, BENS AUDE et ses collaborateurs ont ainsi obtenu, sur les 48 malades traités, suivis et revus avec un recul suffisant :

- 27 succès, ce qui représente une proportion de 56 p.cent ;
- 13 améliorations très nettes, soit une proportion de 27 p.cent des cas traités ;
- 8 échecs enfin, dont quatre seulement ont nécessité le cerclage chirurgical.

On peut donc escompter, avec la vitaminothérapie B₁, un résultat dans 83 p.cent des cas traités, représentant soit une guérison totale du prolapsus, soit une grande amélioration de celui-ci. L'amélioration a consisté à faire passer la catégorie des formes permanentes dans celle des formes occasionnelles, la procidence ne se faisant plus que très rarement. De plus, ces heureux résultats ont été durables, puisque les enfants ont été suivis à la suite du traitement, pendant des périodes de temps allant de six mois à deux ans, sans qu'une récurrence ait été observée.

La guérison a d'ailleurs pu se faire attendre, et dans certains cas il a fallu renouveler les séries d'injections. On fait en effet une série de 12 injections : dans 17 cas, la guérison a été obtenue après une seule série de 12 injections ; dans sept cas, il a fallu deux séries, et dans trois cas, trois séries. Il est enfin utile de signaler que chez deux petits malades de BENSAUDE, la vitaminothérapie B₁ a assuré la guérison du prolapsus qui avait été au préalable traité sans succès par le cerclage dans un cas, par les injections sclérosantes dans l'autre cas : ce qui prouve la nécessité - et la logique - de commencer par la vitaminothérapie B₁, et seulement en cas d'échec de celle-ci, de passer aux injections sclérosantes, et enfin seulement au cerclage chirurgical.

La technique de la vitaminothérapie B₁ est la suivante : on fait douze injections intramusculaires de 50 mg de thiamine, à raison de trois injections par semaine ; en cas de besoin, on renouvellera une fois, ou même deux fois, la série.

La tolérance au produit est parfaite, mais

certaines enfants n'acceptent pas sans révolte les injections intra-musculaires répétées ; c'est pourquoi BENS AUDE a entrepris des essais en s'adressant à la voie buccale, et en augmentant les doses.

Le mode d'action de la vitamine B₁ dans le prolapsus rectal de l'enfant est assez difficile à expliquer, car les petits malades qui ont bénéficié de ce traitement ne présentaient aucun signe d'avitaminose B₁. Il faut donc surtout faire intervenir l'action de la vitamine B₁ sur la tonicité musculaire, toujours affaiblie, action qui est classiquement reconnue. Il s'agit généralement d'enfants polycarcencés, et l'adjonction de la vitamine B₁ peut en outre améliorer l'utilisation globale de la ration alimentaire.

Etant donné la simplicité, l'innocuité et l'efficacité de cette méthode, elle doit par priorité être tentée dans le traitement du prolapsus rectal chez l'enfant. Ce n'est qu'en cas d'échec d'un traitement prolongé deux à trois mois (trois séries de douze injections au plus) que l'on passera à la technique des injections sclérosantes.

o

Injections sclérosantes. FILIATRE, puis POULETTY et POULETTY, ont traité le prolapsus rectal de l'enfant par les injections de quinine-urée, après avoir constaté l'inconstance des résultats du cerclage de THIERSCH. L'injection utilise une solution de quinine-urée de concentration inférieure à 5 p.cent, et emprunte la voie sous-muqueuse. L'enfant devra être hospitalisé pendant trois jours. La technique est la suivante :

on réduit le prolapsus, et une aiguille à injection intra-musculaire est glissée sous

la muqueuse du canal anal jusqu'à quatre ou cinq centimètres de l'anus, et on pousse 2 cc de la solution de quinine-urée sous la muqueuse ; on poursuit l'injection pendant qu'on retire l'aiguille, de façon à répartir uniformément le liquide. Cette répartition sera également favorisée par le massage de la muqueuse. Puis on pratique une seconde injection en un point diamétralement opposé au siège de la première. Généralement, une seule séance suffit. Mais dans quelques cas et surtout dans les formes les plus accusées, on doit refaire une seconde, voire une troisième séance de deux injections. Dans ces formes incoercibles, on associera injections sclérosantes et cerclage. Dans cette dernière éventualité, on provoque une constipation médicamenteuse, ce qui permet à la muqueuse de rester en place ; on fait l'injection de quinine-urée, puis on réalise le cerclage au catgut chromé n°2 qui se résorbe en deux ou trois semaines.

POULETTY a traité par les seules injections sclérosantes treize cas, qui tous ont guéri définitivement. La technique de l'injection sclérosante associée au cerclage au catgut, pratiquée dans quatre cas de prolapsus incoercible, a donné quatre succès. Les indications des injections sclérosantes ont été établies comme suit par cet auteur :

- dans le prolapsus intermittent : on fera une seule injection ; au-dessous de deux ans et demi, elle comportera 3 cc de solution à trois heures, et 3 cc de solution à neuf heures. Au-dessus de deux ans et demi, les doses seront portées à 4,5 cc ;

- dans le prolapsus habituel : on fera une première injection de 1,5 cc à trois heures et à neuf heures au-dessous de deux ans et demi, ou de 4,5 cc au-dessus de cet âge ; en cas de récurrence, on refait une injection de 1,5 cc

à six heures et à midi en portant la dose, si l'enfant a plus de 2 ans et demi, à 4,5 cc;

dans le prolapsus incoercible enfin on fait, chez l'enfant de moins de deux ans et demi, une première injection de 1 cc à six heures et à midi sous la muqueuse prolabée avant réduction, et on fait un cerclage au catgut ; si l'enfant a plus de deux ans et demi, on porte le volume du liquide à 1,5 cc ; on pratique en un même temps le cerclage au catgut, et l'on fait systématiquement, un mois plus tard, une nouvelle injection sclérosante de 4 cc à trois et neuf heures si l'enfant a moins de deux ans et demi, de 5 cc s'il a dépassé cet âge.

o

Cerclage, technique de THIERSCH.

Cette technique consiste en un cerclage de l'anus, elle a été proposée, mise au point et utilisée en premier par THIERSCH en 1891. Actuellement, beaucoup d'auteurs ont constaté que ce cerclage ne donnait pas des résultats régulièrement satisfaisants ; aussi en ont-ils modifié la technique, et, surtout, n'y font-ils appel qu'en dernier recours, après échec de la vitaminothérapie B₁ et des injections sclérosantes.

Certains continuent cependant à s'adresser en premier au cerclage, aussi voit-on les échecs de cette méthode venir demander au traitement médical ou sclérosant les résultats que le cerclage leur a refusés.

A l'hôpital BRETONNEAU, quinze cas de prolapsus rectal chez l'enfant ont été traités par le seul cerclage, avec trois fois seulement une guérison facilement atteinte, et quatre cas de guérison après une complication

locale. Les résultats dépendent il est vrai de la technique employée :

en effet, après cerclage par fil métallique, on compte, sur six cas ainsi traités, une seule guérison, le fil utilisé ayant été de bronze. Le fil métallique, non sclérogène, n'a qu'une action purement mécanique.

Le cerclage peut se faire au crin : sur cinq cas ainsi traités, nous ne relevons encore qu'une seule guérison.

Enfin, le cerclage associé à l'injection sous-muqueuse de la solution quinine-urée, pratiqué dans quatre cas, avec une seule guérison.

POULETTY a fait la critique des mauvais résultats du cerclage, et ajoute encore des arguments de poids en énumérant les complications qui ont été observées à la suite du cerclage de l'anüs :

- douleur à la défécation,
- incontinence rectale,
- rupture douloureuse du fil,
- abcès péri-anaux,
- constipation opiniâtre,
- suppuration avec extériorisation du fil,
- cicatrice vicieuse nécessitant une réintervention.

- Avec ces fils métalliques non résorbables, ces crins, il faut encore compter avec les complications et accidents du décerclage :

- fil cassé et laissé en place, provoquant la douleur et l'infection locales ;
- infection de la plaie agrandie pour saisir un noeuf difficile à réparer.

De plus, le cerclage nécessite l'hospitalisation de l'enfant pendant trois jours au moins, et une nouvelle hospitalisation lors

du décerclage.

En deux ans, 43 prolapsus avaient été traités à l'hôpital BRETONNEAU, dont 29 par le cerclage métallique ou au crin. Les résultats ont été si peu favorables, qu'il a été conclu à "la fréquente inutilité et à la fréquente nocivité de cette technique".

Deux conséquences, logiques, ont été tirées de ces résultats décevants :

- tout d'abord, certains auteurs ont renoncé au fil métallique et au crin, et ont pratiqué le cerclage en utilisant un catgut résorbable, ne nécessitant par conséquent pas de réintervention, de décerclage ;
- ensuite, beaucoup d'auteurs pensent qu'étant donné l'habituelle bénignité du prolapsus rectal chez l'enfant, il y a d'abord lieu d'épuiser toutes les mesures médicales avant de recourir au cerclage chirurgical, sanglant.

En France, où deux méthodes se sont longtemps partagé les cas de prolapsus rectal de l'enfant :

- le cerclage de THIERSCH,
- les injections sclérosantes de quinine-urée,

la première commence à soulever de plus en plus de critiques. BENSAUDE écrivait récemment que le cerclage de THIERSCH "amène assez souvent la disparition du prolapsus". Mais cet auteur le considère comme une méthode disproportionnée par rapport à la bénignité habituelle de l'affection à laquelle elle s'applique.

Autre reproche, les résultats sont assez inconstants, et souvent imparfaits.

Si en effet nous nous reportons à une récente série de G. LAURENCE, qui a réuni 21 enfants atteints de prolapsus rectal de degrés divers, et traités par la méthode du cerclage, nous trouvons :

- dix guérisons, mais dont sept seulement ont été confirmées par une observation suffisamment prolongée, les trois autres ayant été rapidement perdues de vue ;
- trois résultats incertains ;
- huit échecs.

En pratiquant le cerclage, on ne peut donc guère escompter qu'à peine une chance sur deux de réussite définitive. De plus, on expose l'enfant aux inconvénients, aux risques et aux complications de cette intervention et qui vont de l'obligation où l'on est de réintervenir pour le décerclage : ajoutons à ce propos que dans une certaine proportion des cas, les parents ne jugent pas ce décerclage utile et ne reviennent pas avec leur enfant : le décerclage n'a donc pas lieu, avec tous les inconvénients que la conservation du fil entraîne ; jusqu'aux grands accidents locaux de douleur, d'inflammation, d'infection, de suppuration ; jusqu'aux troubles fonctionnels de la continence du sphincter anal.

BENSAUDE a de son côté conclu que "tout ceci explique que le cerclage ne peut guère être tenu pour un traitement idéal".

C'est pourquoi un premier progrès consiste à remplacer le fil métallique par un catgut résorbable, et le second, plus considérable encore, à ne recourir au cerclage qu'en cas d'absolue nécessité, après avoir épuisé les ressources des mesures médicales, diététiques et hygiéniques, la vitaminothérapie B₁ et les injections sclérosantes. Il est rare que celles-

ci en échouant, fournissent des indications du cerclage. Par contre, nombreux sont les échecs du cerclage qui bénéficieront ultérieurement des injections sclérosantes.

CONCLUSIONS

-:-

I. Le prolapsus rectal de l'enfant, s'il s'observe rarement en clientèle privée, est d'observation courante en consultation hospitalière. Il n'est alors pas rare qu'il survienne sur un terrain hypotrophique, carencé, à la suite d'antécédents morbides infectieux, en somme de tout ce qui compromet l'état général.

II. L'apparition de cette lésion dans les milieux les plus déshérités a incité à faire intervenir, dans la pathogénie du prolapsus, une déficience musculaire locale et générale, un état de dénutrition. Les facteurs qui favorisent le prolapsus sont anatomiques, rectitude du rectum, absence de courbure sacrée dans le jeune âge, et mécaniques : effort en particulier à la défécation. Mais pour que la procidence de la muqueuse puisse avoir lieu, il faut que ces facteurs communs à tous les enfants s'exercent sur un terrain prédisposé par l'hypotonie musculaire.

III. Il est possible de voir le prolapsus s'associer à d'autres affections : les unes locales, polypes uniques, ou polypose recto-coliques, adénomes, parasitose intestinale grave ; les autres à distance, et

le prolapsus rectal de la maladie fibrokystique du pancréas n'en est pas l'expression la moins intéressante.

IV. Le prolapsus, intermittent, habituel ou incoercible, peut être bénin et spontanément régressif, ou au contraire donner lieu à des complications infectieuses. Il faut donc entreprendre très précocement un traitement qui comportera successivement des mesures à épuiser au fur et à mesure qu'elles paraîtront échouer :

- traitement diététique et hygiénique, correction des troubles digestifs, diarrhée, constipation, lutte contre l'infestation parasitaire ;
- vitaminothérapie B₁ en séries d'injections intra-musculaires, voire en prises buccales ;
- injections sclérosantes de quinine-urée, seules, ou associées au cerclage au catgut ;
- cerclage enfin, au fil métallique ou au crin (avec décerclage) ou au catgut, dont les résultats sont malheureusement inconstants.

--:-

Vu :
Le Président :
signé : JULIEN-MARIE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- A. AMORIM, A.F. De CAMARGO
Prolapsus rectal de l'enfant.
Maternidade e Infancia Mars 1958.
- A. BENSAUDE, F. JOUAN, G. BERNARD
Contribution à l'étude du prolapsus
rectal de l'enfant.
Presse Méd. LXIII - pages 1533-1534
12 Nov.1955.
- J. BERKOWITZ
Correction of rectal procidentia ;
Thiersch operation as simple palliative
procedure
New Engl.Journ.of.Med. CCXLVIII -
pages 720-722 - 23 Avril 1953.
- G. BERNARD
Contribution à l'étude du prolapsus
du rectum chez l'enfant
Thèse de Paris 1954 - dactyl.53 pp.
- Ph. DETRIE
Traitement du prolapsus rectal du
nourrisson et du jeune enfant.
Presse Méd. LXI - page 1043 -
25 Juillet 1953.
- L.L. KULCZYCKI, H. SHWACHMAN
Studies in cystic fibrosis of the pan-
creas ; occurrence of rectal prolapse
New England Journ.of Medicine CCLIX
pages 409-412 - 28 Août 1958.

G. LARDY

Prolapsus rectal et polypose recto-
colique chez une enfant de quatre ans.
Soc. Franç. Phlébologie -
19 Décembre 1953.

J. POULETTY, M. POULETTY

Remarques sur le traitement du pro-
lapsus rectal du nourrisson et du
jeune enfant.
Arch. franç. Pédiatrie X -
pages 295-302 1953.

R. SCHWARTZ

Les adénomes rectaux solitaires chez
l'enfant et le prolapsus rectal chez
l'enfant.
Soc. Médecine de Paris 27 Mars 1953

R. SCHWARTZ

Prolapsus rectal et polype solitaire
chez l'enfant.
Soc. française de Pédiatrie, séance
du 19 décembre 1953.

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
Introduction.....	15
PREMIERE PARTIE -	
Conditions d'apparition.....	19
DEUXIEME PARTIE -	
Traitement.....	29
Conclusions.....	39
Bibliographie.....	41

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

